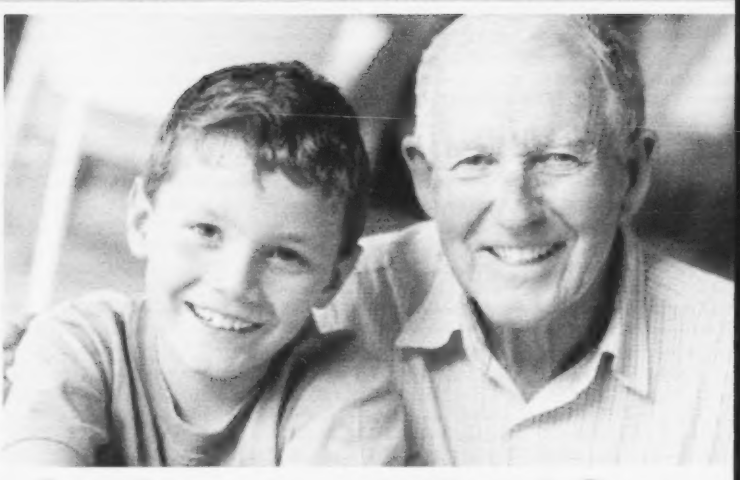
2014 – 2015

# Rapport annuel



## Santé Î.-P.-É.

Un système de santé unique

# Santé Î.-P.-É.

## Un système de santé unique

**Préparé par :** Stratégies et rendement

**Publié par:**
Santé Î.-P.-É.
C.P. 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.)
Canada, C1A 7N8

Octobre 2015

**Impression :**
Centre de publications documentaires

**Accessible en ligne à l'adresse suivante :**
www.healthpei.ca

Imprimé à l'Île-du-Prince-Édouard

# RAPPORT ANNUEL 2014-2015

## TABLE DES MATIÈRES


Mot de la présidente et du directeur général de Santé Î.-P.-É. 1

Mission, valeurs, vision et objectifs 2

L'exercice 2014-2015 en bref 3

Les faits saillants financiers 12

Santé Î.-P.-É. en chiffres 14

Annexes 16

- Annexe A – Structure organisationnelle de Santé Î.-P.-É. 17
- Annexe B – Rapport sur les indicateurs de rendement stratégiques 18
- Annexe C – Glossaire 21
- Annexe D – États financiers vérifiés 22

## MOT DE LA PRÉSIDENTE ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SANTÉ Î.-P.-É.

*Phyllis Horne*
*Présidente, Santé Î.-P.-É.*

Au nom du conseil d'administration, du personnel et des médecins de Santé Î.-P.-É., nous sommes heureux de soumettre au ministre de la Santé et du Mieux-être, et à la population insulaire, le *Rapport annuel 2014-2015 de Santé Î.-P.-É.* Le présent rapport fait le point à mi-parcours du *Plan stratégique du système de santé de l'Î.-P.-É. pour 2013-2016*. Le travail mis en évidence dans ce rapport annuel témoigne des progrès réalisés en vue d'atteindre nos objectifs sur le plan de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité. Alors que nous poursuivons le cycle de planification stratégique actuel et que nous nous affairons à atteindre chacun des objectifs, Santé Î.-P.-É. continue de développer sa vision, soit celle d'*un système de santé unique favorisant l'amélioration de la santé des Insulaires.*

*Dr Richard Wedge*
*Directeur général, Santé Î.-P.-É.*

Nous sommes satisfaits des réalisations de Santé Î.-P.-É. au cours de cet exercice, et nous sommes honorés et fiers d'être à la tête de cet organisme. Afin d'illustrer les efforts déployés en vue d'intégrer la philosophie des soins axés sur la personne, nous avons ajouté au présent rapport des témoignages d'Insulaires au sujet de leurs expériences avec le système de santé. Les réalisations clés du point de vue de la qualité comprennent l'instauration de la politique provinciale relative à l'hygiène des mains, l'amélioration des soins pour les aînés en milieu hospitalier, la mise en œuvre de programmes en santé publique visant les nouveau-nés et les jeunes enfants, l'intégration de nouvelles capacités de leadership dans l'ensemble de l'organisation ainsi que l'élaboration d'une politique sur les droits et responsabilités des patients.

Des réalisations importantes ont été accomplies en ce qui concerne l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé. Nous avons mis en œuvre des projets d'accès à des soins cliniques avancés afin de réduire le temps d'attente dans les bureaux des médecins de famille, établi un modèle de soins partagés entre les soins primaires et les soins communautaires en santé mentale, ouvert une nouvelle unité de transition au Centre provincial de traitement des toxicomanies, ajouté des techniciens en pharmacie au service d'urgence de l'hôpital Queen Elizabeth, et amélioré les programmes destinés aux enfants ayant des besoins complexes et à leurs familles, dans le but de réduire considérablement le temps d'attente.

Le travail accompli en matière d'efficacité, qui a permis d'améliorer les soins offerts aux Insulaires au cours de la dernière année, a compris l'instauration du système informatisé d'entrée des requêtes de fournisseurs (SIERF) dans tous les hôpitaux, la réalisation de projets d'amélioration de la qualité visant à réduire la durée du séjour à l'hôpital pour les soins de courte durée, la poursuite du programme Meilleure santé à moindre coût et la mise en œuvre d'un programme visant à améliorer les soins primaires prodigués aux patients ayant un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Santé Î.-P.-É. a apporté de nombreuses améliorations au cours du dernier exercice, et nous continuerons d'aller de l'avant en vue de concrétiser notre vision d'*un système de santé unique favorisant l'amélioration de la santé des Insulaires*. Au cours de la dernière année du plan stratégique, nous nous inspirerons des réussites et des leçons tirées de l'année précédente. Nous profitons de l'occasion pour remercier notre personnel dévoué, les médecins et les bénévoles qui continuent de travailler à soutenir et à améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins offerts aux Insulaires chaque jour.

Le tout respectueusement soumis,

Phyllis Horne
Présidente, Santé Î.-P.-É.

Richard Wedge
Directeur général, Santé Î.-P.-É.

# MISSION, VALEURS, VISION ET OBJECTIFS

## *Mission*

Notre énoncé de mission décrit la vocation de Santé Î.-P.-É. et reflète les fonctions générales de l'organisation définies dans la *Health Services Act* (loi sur les services de santé).

*Travailler en partenariat avec les Insulaires à l'appui et à la promotion de la santé en offrant des soins de qualité et sécuritaires.*

## *Valeurs*

Les valeurs fondamentales font partie intégrante de nos activités et de nos rapports en tant que professionnels et fournisseurs de soins de santé à Santé Î.-P.-É.

**Empathie :** Nous traitons tout le monde avec compassion, respect, impartialité et dignité.

**Intégrité :** Nous collaborons dans un climat de confiance, communiquons avec franchise et honnêteté, et sommes comptables des décisions que nous prenons.

**Excellence :** Nous cherchons sans cesse à améliorer la qualité au moyen de l'innovation, de l'intégration et de l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes.

## *Vision*

Notre énoncé de vision oriente les actions et pratiques actuelles et futures de l'organisation.

*Un système de santé unique favorisant l'amélioration de la santé des Insulaires.*

## *Objectifs*

Les objectifs mettent en évidence les principaux secteurs d'intervention que nous privilégions. Les actions que notre organisation entreprendra résulteront des énoncés d'objectifs suivants :

**Qualité :** Nous offrirons des soins et des services de santé sécuritaires et de qualité axés sur la personne.

**Accessibilité :** Nous donnerons accès à des soins adéquats offerts par le bon fournisseur dans un endroit approprié.

**Efficacité :** Nous optimiserons les ressources et les processus afin de maintenir un système de santé viable.

# L'EXERCICE 2014-2015 EN BREF

Cette section met en évidence les véritables bienfaits pour la santé des Insulaires qui découlent de l'engagement soutenu de Santé Î.-P.-É. envers l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité. Ces trois aspects ainsi que les objectifs connexes qui sont énoncés dans le *Plan stratégique du système de santé de l'Î.-P.-É. pour 2013-2016* ont guidé les efforts de l'organisation au cours des deux dernières années. Un tableau à la fin de cette section présente une liste des activités clés qui ont été entreprises en 2014-2015 par rapport à chaque objectif. Ce tableau est suivi de témoignages faisant ressortir l'impact de certaines améliorations apportées au cours de l'année sur les Insulaires qui ont fait appel aux services de Santé Î.-P.-É. pour répondre à leurs besoins en matière de soins.

## Qualité

Santé Î.-P.-É. est responsable de la qualité des soins et des services offerts dans la province. L'amélioration continue de la qualité demeure une priorité de premier plan pour Santé Î.-P.-É. En 2014-2015, Santé Î.-P.-É. a consacré beaucoup d'énergie à améliorer la qualité et la sécurité dans l'ensemble de l'organisation. Afin de mieux contrôler la propagation des infections dans les milieux de soins, une politique provinciale relative à l'hygiène des mains a été élaborée et instaurée. Celle-ci vise à protéger les patients, les clients et les résidents ainsi qu'à réduire le risque de contamination du personnel et des visiteurs dans les établissements de soins.

Au cours du dernier exercice, Santé Î.-P.-É. a également mis l'accent sur la prévention des événements iatrogènes médicamenteux, en misant sur une communication plus exacte de l'information relative aux médicaments, grâce à la mise en œuvre du bilan comparatif électronique des médicaments au moment de l'admission à l'hôpital. Des efforts ont également été déployés au cours de la dernière année afin d'améliorer la collaboration entre les fournisseurs de soins, les patients et leurs familles, afin de s'assurer que les décisions relatives aux soins sont éclairées et bien comprises.

Améliorer les résultats pour la santé des patients atteints de diabète a constitué un autre champ d'action important au niveau de l'amélioration de la qualité en 2014-2015. Le lancement de la *Stratégie de l'Î.-P.-É. sur le diabète 2014 à 2017* et la mise en œuvre d'un nouveau programme de financement des pompes à insuline pour les enfants et les jeunes sont deux mesures importantes pour la prestation de soins aux diabétiques.

Améliorer la qualité en milieu de travail a aussi été un champ d'action prioritaire. Dix-huit ateliers de développement du leadership destinés à renforcer les connaissances et les compétences du personnel de Santé Î.-P.-É. ont été tenus, en plus des ateliers de sensibilisation à l'intimidation au travail. Ceux-ci visent à améliorer la sécurité, la courtoisie et le respect au travail, et favorisent un milieu de travail sain au profit de l'ensemble du personnel, tout en ayant ultimement un impact positif sur le moral, sur la qualité des soins et sur les résultats pour la santé des Insulaires.

Sont énumérées dans le tableau ci-dessous les activités clés pour chacun des objectifs établis au niveau de l'amélioration de la qualité pour 2014-2015.

| **Objectif 1.1 Veiller au respect des normes adéquates pour ce qui est de la sécurité des patients** |
|---|
| Élaboration et mise en œuvre d'une politique provinciale relative à l'hygiène des mains |
| Mise en œuvre du bilan comparatif électronique des médicaments au moment de l'admission à l'hôpital |

| **Objectif 1.2 Intégrer la philosophie des soins axés sur la personne** |
|---|
| Lancement de la phase finale du modèle collaboratif de soins |
| Achèvement de la planification du projet d'hôpital adapté aux aînés |
| Mise en œuvre de la phase II du programme de système de soins exhaustifs, continus et intégrés visant à soutenir l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins en matière de santé mentale et de toxicomanie |

| **Objectif 1.3 Promouvoir de meilleurs résultats de santé grâce à la prévention et à l'éducation** |
|---|
| Mise en œuvre du programme de financement des pompes à insuline pour les enfants et les jeunes atteints de diabète |
| Lancement de la stratégie de l'Î.-P.-É. sur le diabète 2014-2017 |
| Élaboration d'une stratégie triennale de lutte contre le cancer |
| Lancement du programme *Eye See Eye Learn* en partenariat avec la PEI Association of Optometrists |
| Mise en œuvre du programme *Launching Little Ones…Growing up Great* |
| Tenue d'ateliers d'information sur la planification préalable des soins |

| **Objectif 1.4 Favoriser un environnement de travail sain** |
|---|
| Tenue de 18 séances de développement du leadership pour Santé Î.-P.-É. |
| Poursuite de l'intégration du Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS à Santé Î.-P.-É. |
| Offre de matériel de formation et de sensibilisation relatif au code de conduite de Santé Î.-P.-É. |
| Tenue d'ateliers sur la sécurité et la santé psychologique au travail à l'intention de la direction |
| Tenue d'ateliers de sensibilisation à l'intimidation au travail à divers lieux de travail de Santé Î.-P.-É. |
| Approbation en principe d'un nouveau modèle de leadership médical |
| Élaboration d'une politique sur les droits et responsabilités des patients |

## Expériences insulaires

Lacey Carlsson – Summerside (maintenant établie en Suède)

*J'ai eu mon premier enfant cette année. Ma vie a changé pour toujours et, manifestement, pour le mieux. J'ai eu de la difficulté avec l'allaitement au début, mais je souhaitais persévérer, car j'en connais les bienfaits. J'ai demandé de l'aide au bureau de santé publique de Summerside. Je suis incroyablement reconnaissante envers la conseillère en allaitement avec laquelle j'ai travaillé. Sans son aide, j'aurais abandonné et adopté le lait maternisé. Mon bébé avait perdu du poids et ma production de lait diminuait. La conseillère en allaitement m'a non seulement remonté le moral, mais elle m'a aussi donné plusieurs conseils importants pour améliorer ma production de lait! Ça a marché!! Mon bébé de quatre mois est maintenant en pleine santé. Beau travail Santé Î.-P.-É.!! C'est tellement chouette qu'un service si important soit offert aux nouvelles mamans de l'Î.-P.-É.*

Leticia LaRosa - Charlottetown

*Je fais du bénévolat communautaire dans le cadre du projet d'hôpital adapté aux aînés. Cette expérience en tant que membre de la communauté me permet de rencontrer beaucoup de gens impliqués dans le système de santé – y compris des infirmières et des médecins. Ça a été intéressant de constater comment les projets en santé sont élaborés et peuvent devenir des programmes ou des services.*

*Nous avons déterminé qu'il est important de faire connaître le point de vue du patient et de sa famille aux fournisseurs de soins. C'est un élément clé pour le patient à l'hôpital. Il importe de respecter la capacité de la personne. Une personne âgée peut parfois avoir besoin d'aide pour communiquer avec le fournisseur de soins. J'ai aussi pris connaissance des différents outils et renseignements utilisés par le personnel hospitalier pour évaluer la santé d'une personne âgée à l'hôpital. Je suis impatiente que ce travail soit accompli dans d'autres hôpitaux.*

## Accessibilité

Veiller à ce que les Insulaires aient accès aux soins dont ils ont besoin, de la part du bon fournisseur et dans un endroit approprié, demeure une priorité de premier plan pour Santé Î.-P.-É. Afin d'accroître et d'améliorer l'accès aux médecins de famille, six projets d'accès à des soins cliniques avancés ont été mis en œuvre dans le secteur des soins primaires l'an dernier. Ces projets visaient à accroître l'accès aux médecins ainsi qu'aux fournisseurs de soins primaires tels que les infirmières en soins primaires et une infirmière gestionnaire de cas. Au cours des dernières années, des améliorations ont été apportées afin d'accroître l'accès aux soins et aux services de santé. Plus de 7 400 Insulaires ont été retirés du Registre des patients de la province et ont maintenant un médecin de famille, le temps d'attente pour les lits de soins de longue durée a été réduit et l'accès au service d'urgence a été amélioré.

Le service d'urgence de l'hôpital Queen Elizabeth a accueilli plusieurs projets qui visaient à réduire le temps d'attente, notamment en faisant appel à des techniciens en pharmacie pour s'occuper du bilan comparatif des médicaments, et à réduire le délai entre l'admission d'un patient à l'urgence et son transfert dans une unité. Les temps d'attente pour les services relatifs aux toxicomanies ainsi que les arthroplasties de la hanche et du genou ont également été beaucoup améliorés au cours du dernier exercice. L'ouverture de l'unité de transition au Centre provincial de traitement des toxicomanies et de l'unité de chirurgie d'un jour agrandie à l'hôpital Queen Elizabeth a amélioré l'accès aux services dans ces secteurs essentiels. La santé mentale est un secteur où l'accès reste problématique. La demande en ce qui concerne les services de santé mentale continue d'augmenter de manière exponentielle et exerce une pression considérable sur les services. Au cours de la prochaine année, Santé Î.-P.-É. entreprendra un certain nombre d'initiatives qui viseront à réduire le temps d'attente pour les services de santé mentale.

Santé Î.-P.-É. reconnaît que certains groupes au sein de la population peuvent faire face à des défis uniques qui ont une incidence sur leur capacité à accéder aux services de santé dont ils ont besoin. Dans l'optique d'accroître l'accessibilité pour ces groupes, l'organisation s'est engagée à soutenir l'amélioration des résultats de santé de leurs membres. Afin d'améliorer les résultats de santé de la population autochtone de l'Î.-P.-É., Santé Î.-P.-É. a fourni un accès électronique aux données provinciales sur le diabète aux centres de santé des Premières nations et a mis sur pied une communauté de pratique pour les cliniciens en santé mentale et en toxicomanie au sein de Santé Î.-P.-É. ainsi que des communautés autochtones et des Premières nations. Ce travail procure de plus en plus d'occasions de collaborer et de partager des connaissances. Santé Î.-P.-É. a aussi entrepris d'améliorer l'accessibilité pour les Insulaires francophones en mettant en œuvre une initiative triennale visant à accroître l'efficacité du processus de planification et de prestation de services dans les communautés acadiennes et francophones.

Sont énumérées dans le tableau ci-dessous les activités clés pour chacun des objectifs établis au niveau de l'amélioration de l'accessibilité pour 2014-2015.

| Objectif 2.1 Réduire les temps d'attente dans les secteurs prioritaires |
|---|
| **Fournisseurs de soins primaires** |
| Mise en œuvre de projets d'accès à des soins cliniques avancés |
| **Services de santé mentale** |
| Établissement d'un modèle collaboratif de soins partagés entre les soins primaires et les soins communautaires en santé mentale à Montague |
| Élaboration d'un plan pour la mise sur pied d'une équipe spécialisée dans les troubles de comportement graves au sein des services de santé mentale pour les enfants |
| **Services relatifs aux toxicomanies** |
| Ouverture de l'unité de transition au Centre provincial de traitement des toxicomanies |
| Ouverture d'une clinique communautaire de traitement médical de la toxicomanie qui offre des services aux personnes ayant une dépendance aux opiacés |
| **Soins de longue durée** |
| Mise sur pied de l'unité de soins de rétablissement de façon permanente au foyer Prince Edward |
| **Services de chirurgie non urgente** |
| Agrandissement de l'unité de chirurgie d'un jour à l'hôpital Queen Elizabeth |
| **Services d'urgence** |
| Ajout de techniciens en pharmacie au service d'urgence de l'hôpital Queen Elizabeth |
| Mise en œuvre d'un projet de collaboration entre le service d'urgence et les unités de patients hospitalisés à l'hôpital Queen Elizabeth, axé sur l'admission des patients dans ces unités à partir de l'urgence |
| Obtention du financement en vue de mettre sur pied un registre des traumatismes provincial en collaboration avec le Nouveau-Brunswick |
| Changements au service d'urgence de l'hôpital Western en vue d'améliorer l'efficacité |

| Objectif 2.2 Améliorer l'accès aux soins pour des populations particulières |
|---|
| **Enfants qui ont des besoins complexes** |
| Améliorations apportées à de nombreux programmes en vue de mieux soutenir les enfants qui ont des besoins complexes et leurs familles, y compris des mesures de soutien supplémentaires en physiatrie |
| **Personnes âgées fragiles ayant des besoins complexes** |
| Lancement du projet pilote *Caring for Older Adults in the Community and at Home* visant à offrir de meilleurs soins aux aînés |
| **Populations autochtones** |
| Élaboration et présentation aux cliniciens d'un programme de sensibilisation aux réalités culturelles et de formation à la sensibilité |
| Établissement d'un accès électronique aux données provinciales sur le diabète aux centres de santé des Premières nations |
| Mise sur pied d'une communauté de pratique pour les cliniciens en santé mentale et en toxicomanie au sein de Santé Î.-P.-É. ainsi que des communautés autochtones et des Premières nations |
| **Services en français** |
| Obtention d'un financement de Santé Canada en vue d'entreprendre une initiative visant à améliorer la collecte de données auprès des clients francophones |
| **Nouveaux arrivants** |
| Offre de services de santé publique et de diététique familiale améliorés dans les cliniques de vaccination des nouveaux arrivants |

## Expériences insulaires

Colleen MacKinnon-Snow – Summerside

*La clinique de dépistage Pap au centre de santé Harbourside de Summerside m'a beaucoup aidée puisque je n'ai pas de médecin de famille actuellement. Je suis allée à la clinique de mon propre chef, et l'infirmière praticienne a été capable de m'obtenir un rendez-vous auprès d'un gynécologue qui a programmé une chirurgie peu de temps après. Je suis moins stressée à la maison maintenant parce que je m'occupe de mon problème de santé et que je fais tout ce qu'il faut. Je crois que les gens ne devraient pas attendre lorsqu'un problème de santé survient. Beaucoup d'options sont offertes aux Insulaires. Vous pouvez communiquer avec le service d'aide Télésanté 811 – pour connaître les services de santé à votre disposition et savoir comment communiquer avec le service qu'il vous faut.*

Claude Creamer – Souris

*Le programme pour la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) m'a beaucoup aidé. Je vois une grande différence au niveau de ma respiration. J'ai participé au programme une ou deux fois par semaine pendant un mois, et ça m'a donné le coup de pouce nécessaire pour continuer tout seul. Le programme m'a grandement aidé à comprendre comment gérer la MPOC à la maison. En cas de problème, je n'ai qu'à appeler le centre de santé. En plus, ça réduit le nombre de visites à l'hôpital. Je marche davantage maintenant et, de façon générale, je me sens en meilleure santé.*

## Efficacité

L'optimisation de l'utilisation des ressources dans l'ensemble de l'organisation est une priorité continuelle pour Santé Î.-P.-É. Plusieurs activités ont eu lieu au sein du système en vue d'intégrer la technologie à notre travail pour accroître l'efficacité ainsi qu'améliorer la qualité et la sécurité de nos soins et services. En 2014-2015, le système informatisé d'entrée des requêtes de fournisseurs (SIERF) a été instauré dans tous les hôpitaux de l'Île. Le SIERF augmente l'efficacité en permettant que toutes les requêtes des cliniciens soient accessibles en format électronique.

Sur le plan de l'efficacité, on s'affaire à améliorer le roulement des patients et la coordination des soins dans l'ensemble du système. Un certain nombre de projets d'amélioration de la qualité ont été mis en œuvre au cours du dernier exercice en vue de réduire la durée moyenne du séjour dans les services de soins de courte durée et d'améliorer ainsi le roulement des patients au sein du système. Un nouveau processus normalisé de transfert entre les établissements de santé de l'Île a également été établi. Le processus est non seulement plus efficace, mais aussi plus clair pour le personnel et les patients. L'efficacité organisationnelle est notamment tributaire de la bonne gestion des ressources, un aspect qui a constitué un champ d'action important pour Santé Î.-P.-É. au cours des dernières années. L'an dernier seulement, l'organisation a réalisé des économies contractuelles de l'ordre de 19,55 % en travaillant avec les organismes de groupement d'achats, en vue d'assurer la transition vers des contrats plus efficients.

Sont énumérées dans le tableau ci-dessous les activités clés pour chacun des objectifs établis au niveau de l'amélioration de l'efficacité pour 2014-2015.

| Objectif 3.1 Utiliser la technologie afin d'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins |
|---|
| Achèvement de la mise en œuvre du système informatisé d'entrée des requêtes de fournisseurs dans tous les hôpitaux |
| Planification de la mise en œuvre de la surveillance à distance des patients atteints d'une insuffisance cardiaque |
| Demande de propositions en vue de cerner des solutions possibles en ce qui concerne les dossiers médicaux électroniques pour les fournisseurs de soins primaires |

| Objectif 3.2 Améliorer la gestion de l'utilisation des lits dans l'ensemble du système |
|---|
| Exécution de 32 projets d'amélioration de la qualité visant à réduire la durée moyenne du séjour dans les services de soins de courte durée de l'Î.-P.-É. |
| Lancement du projet de transition en temps opportun visant à cerner les situations où les retards dans l'obtention des lits influent sur la durée du séjour des patients |
| Poursuite de la mise en œuvre du programme Meilleure santé à moindre coût |
| Obtention du financement nécessaire à la mise en œuvre du programme INSPIRED (Implementing a Novel and Supportive Program of Individualized Care for Patients and Familles living with Respiratory Disease – Mise en œuvre d'un programme novateur de soutien aux soins individualisés pour les patients et familles vivant avec une maladie respiratoire) |

| Objectif 3.3 Améliorer la coordination des soins dans l'ensemble des services de santé |
|---|
| Lancement d'un projet pilote de prestation de soins palliatifs à domicile par les ambulanciers paramédicaux |
| Instauration d'un processus normalisé de transfert entre les établissements de Santé Î.-P.-É. |

| Objectif 3.4 Gérer efficacement les ressources |
|---|
| Poursuite du travail avec les organismes de groupement d'achats en vue d'assurer la transition des contrats pour lesquels il est possible de réaliser des économies |

## Expériences insulaires

Darlene MacKinnon – Montague

*Le programme de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) a fait des merveilles pour ma santé. J'en ai appris beaucoup, et ça m'a vraiment aidée. L'équipe de Montague m'a aidée avec ma technique de respiration et m'a montré la bonne façon d'utiliser mon inhalateur. C'était bien aussi de rencontrer les autres membres du groupe qui étaient aux prises avec la MPOC comme moi. Ma technique de respiration est meilleure lorsque je suis active, notamment lorsque je monte des escaliers ou que je fais une plus longue marche. Ça me permet donc d'être plus active. J'ai aussi appris que les pharmaciens peuvent m'aider à éviter les visites inutiles chez le médecin ou à l'hôpital.*

Dr Thor Christensen, fils de feu Theresa Ellen Christensen – Charlottetown

*Le programme de soins palliatifs intégrés a offert un soutien incroyable à notre famille au cours des derniers mois de vie de ma mère. Nous avons travaillé avec le personnel de soins palliatifs et de soins à domicile qui nous a réellement aidés à éviter les visites à l'urgence.*

*Ma mère a passé 2 ou 3 nuits en soins palliatifs parce qu'elle avait besoin de soins de courte durée et le personnel infirmier a été incroyable – faisant souvent preuve d'un dévouement exceptionnel. Il assurait un excellent suivi et aidait à trouver les médecins lorsqu'il le fallait. Les médecins connaissaient bien son dossier, et elle a été traitée avec dignité. On nous a transmis beaucoup d'information spécialisée et le personnel a fait preuve de compassion envers nous. Lorsqu'il est question de la fin de vie, il vaut mieux faire appel au programme de soins palliatifs intégrés de façon précoce afin qu'un plan de traitement approprié puisse être élaboré.*

Jack Jans - Fortune

*J'ai découvert que j'étais atteint de fibrillation auriculaire lors d'un examen de routine. J'ai alors fait partie du programme de l'INR qui s'accompagnait de contrôles sanguins réguliers afin de s'assurer que ma numération globulaire était correcte. Le processus est très efficace et commode. Je subis un contrôle sanguin et, selon ma numération globulaire, les infirmières autorisées ajustent ma dose de Warfarin pour fluidifier mon sang. Tout cela réduit mon risque de faire un accident vasculaire cérébral. Ça me procure une tranquillité d'esprit de savoir que je fais ce qu'il faut pour demeurer en santé.*

# LES FAITS SAILLANTS FINANCIERS

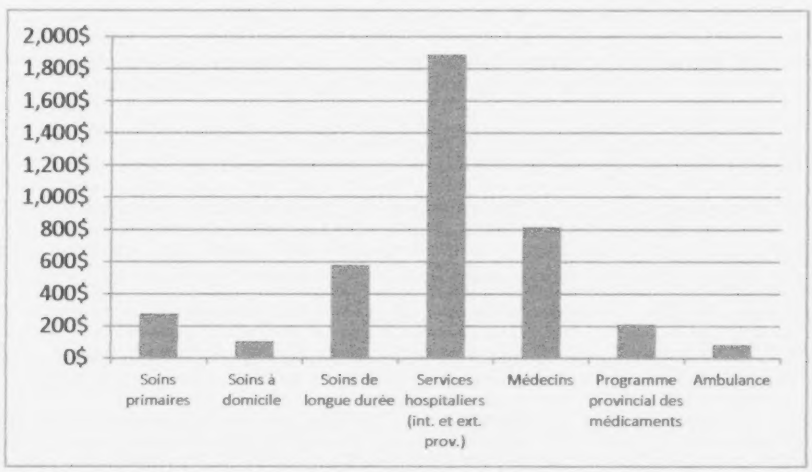
La présente section du Rapport annuel met en évidence les activités opérationnelles de l'organisation pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2015. Elle doit être consultée conjointement avec les états financiers vérifiés de Santé Î.-P.-É. (Annexe C).

| | |
|---|---|
| Operating Activities: | |
| Revenues | 600,799,242 |
| Expenditures | 600,799,242 |
| Subtotal: Operating | - |
| | |
| Capital Activities | |
| Revenues | 10,514,784 |
| Amortization | 15,863,880 |
| Subtotal: Capital | (5,349,096) |
| Annual (Deficit) Surplus | (5,349,096) |
| | |
| Government Grant - Budget | 581,134,300 |
| Government Grant - Actual | 577,262,681 |
| Government Grant Variance | 3,871,619 |

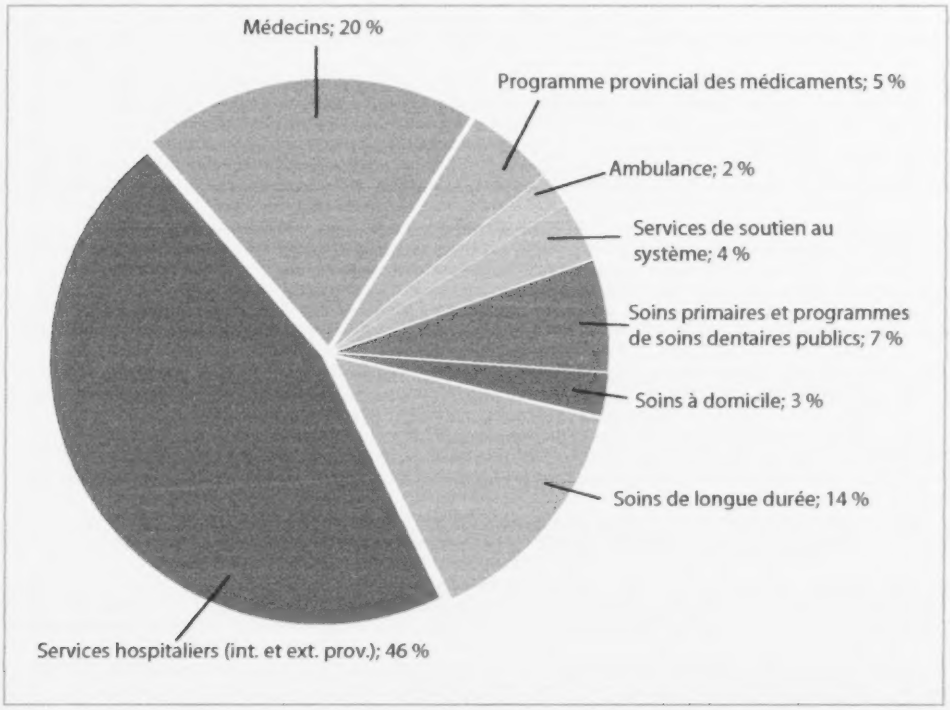
## Dépenses par habitant

La section sur les dépenses budgétaires par habitant met en relief les dépenses en santé faites par le gouvernement provincial, par affectation de fonds, divisées par la population. Cet indicateur permet à la direction de Santé Î.-P.-É. de cibler et de suivre l'amélioration des services et de mieux contrôler les dépenses dans des secteurs précis. Les cibles sont fixées en fonction de la croissance prévue de certains secteurs ou des ressources supplémentaires nécessaires pour répondre aux besoins à venir des Insulaires.

**Dépenses par habitant 2014-2015 (réelles)**



## Dépenses par secteur en 2014–2015 (réelles)




**Dépenses par secteur**

**Médecins** – Dépenses liées aux services offerts par les médecins et aux programmes qui leur sont destinés, y compris les soins de santé primaires, les soins médicaux de courte durée, les soins médicaux spécialisés et le programme de résidence en médecine.

**Soins primaires et programmes de soins dentaires publics** – Dépenses liées à la prestation des soins de santé primaires par le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins, y compris les soins de santé primaires communautaires, les soins communautaires en santé mentale, les services de traitement de la toxicomanie, les services de santé publique et les programmes dentaires.

**Soins à domicile** – Dépenses liées à la prestation des soins infirmiers à domicile et des services de soutien à domicile.

**Soins de longue durée** – Dépenses liées à la prestation des soins de longue durée en établissement, sauf les soins palliatifs.

**Services hospitaliers** – Dépenses liées à la prestation des services dans les hôpitaux de l'Île, y compris les soins infirmiers de courte durée, les soins ambulatoires, les services de laboratoire, l'imagerie diagnostique, les services de pharmacie, les services d'ambulance, le système de renseignements cliniques et les soins médicaux reçus à l'extérieur de la province.

**Programme provincial des médicaments** – Dépenses liées à la prestation des régimes d'assurance médicaments, y compris le régime d'assurance médicaments pour personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard, le programme d'aide au coût des médicaments pour les bénéficiaires de l'assistance sociale et le programme d'aide pour les médicaments très coûteux.

**Ambulance** – Dépenses liées à l'attribution à contrat et à la prestation de services médicaux d'urgence.

**Services de soutien au système** – Dépenses liées à la prestation de services de soutien centralisés et généraux, y compris la planification et l'évaluation stratégiques, la gestion des risques, la qualité et la sécurité, la gestion des ressources humaines, la planification et l'analyse financières, la comptabilité générale et les rapports financiers, la gestion des stocks et la gestion de l'information sur la santé.

# SANTÉ Î.-P.-É. EN CHIFFRES

| Employés | 2011-2012 | 2012-2013 | 2013-2014 | 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| Soins infirmiers (infirmières praticiennes, autorisées et auxiliaires autorisées, préposés aux soins en établissement et préposés aux soins personnels) | 1 535 | 1 634 | 1 647 | 1 640 |
| Administration et gestion | 175 | 191 | 192 | 188 |
| Techniciens de laboratoire | 202 | 218 | 220 | 171 |
| Personnel de secrétariat et de bureau | 261 | 264 | 264 | 247 |
| Personnel d'entretien ou de service | 363 | 368 | 369 | 376 |
| Autres professionnels de la santé et personnel de soutien | 969 | 992 | 1 003 | 990 |
| **Personnel médical** | | | | |
| Médecins de famille | 117 | 121 | 120 | 120 |
| Spécialistes | 98 | 102 | 103 | 100 |
| Résidents | 10 | 10 | 10 | 10 |
| **Volumes des services hospitaliers au sein de Santé Î.-P.-É.** | | | | |
| Visites aux services d'urgence | 100 631 | 101 657 | 95 326 | 92 222 |
| Opérations (soins de courte durée) | 3 824 | 3 705 | 3 653 | 3 621 |
| Opérations (chirurgies d'un jour) | 6 665 | 6 064 | 6 483 | 5 670 |
| Jours d'hospitalisation [à l'exception de l'hôpital Hillsborough (HH)] | 141 552 | 143 690 | 140 766 | 139 350 |
| Admissions (à l'exception du HH) | 15 738 | 15 331 | 15 287 | 15 471 |
| Durée moyenne du séjour (jours) (à l'exception du HH) | 8,70 | 9,47 | 9,57 | 9,08 |
| Examens d'imagerie diagnostique | 141 151 | 145 004 | 143 809 | 141 545 |
| Analyses faites par les services de laboratoire | 2 289 000 | 2 430 755 | 2 188 040 | 2 202 936 |
| Admissions aux services hospitaliers en santé mentale | 999 | 1 020 | 982 | 848 |
| **Soins de longue durée** | | | | |
| Taux d'occupation (foyers publics) | 97,8 % | 98,9 % | 99,0 % | 98,2 % |
| Admissions aux soins de longue durée | 225 | 206 | 256 | 272 |
| Lits de soins de longue durée (établissements publics) | 572 | 575 | 595 | 598 |
| Établissements de soins de longue durée publics | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Durée moyenne du séjour (années) (foyers publics) | 2,5 | 2,8 | 2,9 | 2,6 |
| **Soins à domicile** | | | | |
| Clients recevant des soins à domicile | 4 615 | 4 649 | 4 449 | 4 192 |
| Clients recevant des soins à domicile âgés de plus de 75 ans | 2 719 | 2 705 | 2 461 | 2 316 |

# SANTÉ Î.-P.-É. EN CHIFFRES (SUITE)

| Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard | 2011-2012 | 2012-2013 | 2013-2014 | 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| Traitements de radiothérapie et séances de simulation | 8 824 | 8 630 | 7 915 | 9 600 |
| Visites médicales | 12 947 | 14 778 | 14 862 | 17 197 |
| Consultations en radiologie et de suivi | 3 759 | 3 752 | 3 418 | 3 579 |
| Consultations médicales et de suivi | 5 934 | 4 870 | 4 277 | 4 608 |
| **Soins primaires** | | | | |
| Aiguillages aux services communautaires en santé mentale | 5 004 | 5 394 | 5 571 | 5 589 |
| Interventions en cas de crise – Services communautaires en santé mentale | 1 040 | 1 294 | 1 107 | 1 560 |
| Total des admissions aux services de traitement de la toxicomanie | 3 150 | 3 628 | 3 402 | 3 013 |
| Aiguillages au programme d'orthophonie | 335 | 574 | 582 | 574 |
| Aiguillages au programme d'audiologie | 438 | 400 | 484 | 396 |
| Taux de vaccination (enfants de 2 ans dont la vaccination est complète) | 84 % | 84 % | 87 % | 85 % |
| Visites aux centres de soins de santé primaires | -- | 96 318 | 85 316 | 78 312 |
| Patients distincts des centres de soins de santé primaires | -- | 22 494 | 20 414 | 20 277 |
| Participants aux cours des programmes provinciaux sur le diabète | 889 | 724 | 905 | 755 |
| Cours des programmes provinciaux sur le diabète | 177 | 138 | 155 | 156 |
| Total des aiguillages aux programmes provinciaux sur le diabète (Enfants – types 1 et 2; adultes – types 1 et 2; gestationnel) | 1 683 | 1 576 | 1 562 | 1 592 |
| Enfants ayant reçu des traitements dentaires en vertu du programme de soins dentaires public | 7 191 | 5 841 | 4 535 | 4 486 |
| Enfants ayant participé au programme de prévention en milieu scolaire dans le cadre du programme de soins dentaires public* | 12 648 | 13 329 | 12 761 | 13 347 |

*Les chiffres de l'année scolaire englobent la période du 1er juillet au 30 juin. L'année scolaire débute en été parce que des cliniques sont ouvertes dans certaines écoles au cours de cette période.

## ANNEXES

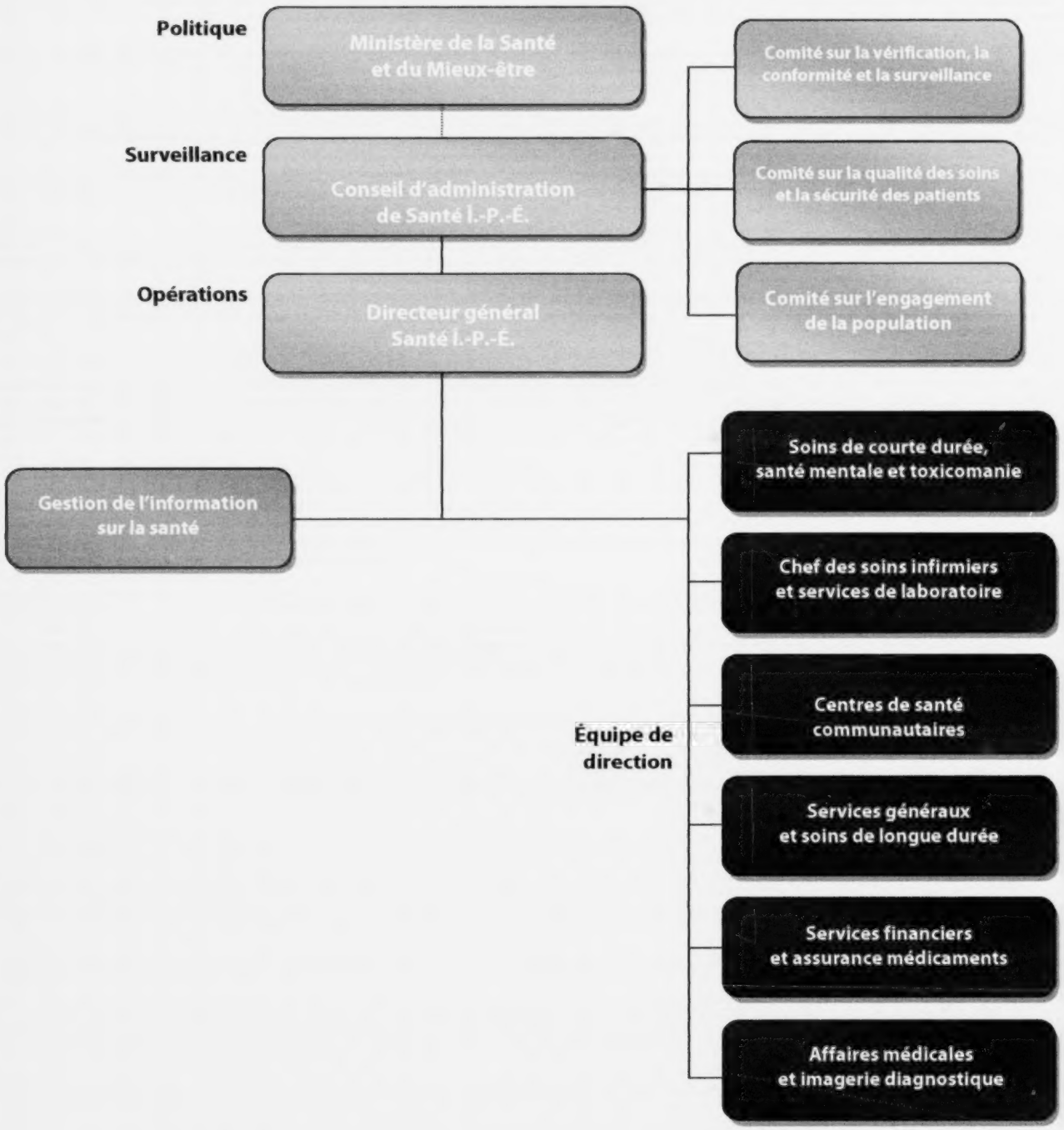
Annexe A – **STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE SANTÉ Î.-P.-É.**

Annexe B – **RAPPORT SUR LES INDICATEURS DE RENDEMENT STRATEGIQUÉS**

Annexe C – **GLOSSAIRE**

Annexe D – **ÉTATS FINANCIERS VÉRIFIÉS**

## ANNEXE A – STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE SANTÉ Î.-P.-É.



## ANNEXE B – RAPPORT SUR LES INDICATEURS DE RENDEMENT STRATÉGIQUES

| Qualité | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Objectif | Mesure | Rés. réel 2013-2014 | Cible 2014-2015 | Rés. réel 2014-2015 | Cible 2015-2016 |
| Veiller au respect des normes adéquates pour ce qui est de la sécurité des patients | Ratio normalisé de mortalité hospitalière | 116 | ≤100 | 105 | ≤100 |
| | Événements indésirables – niveaux de gravité 4 et 5 par 1 000 jours-patient – soins de courte durée | 0,26 | 0,23 | 0,32 | 0,21 |
| | Événements indésirables – niveaux de gravité 4 et 5 par 1 000 jours-patient – soins de longue durée | 0,1 | 0,09 | 0,12 | 0,08 |
| Intégrer la philosophie des soins axés sur la personne | Sondage auprès des patients – pourcentage des patients ayant accordé la note générale de neuf sur dix ou plus à leur séjour à l'hôpital | 66 % | 73 % | 59 % | 80 % |
| Promouvoir de meilleurs résultats de santé grâce à la prévention et à l'éducation | Pourcentage de participants au programme sur le diabète avec un A1C ≤ 7 % | 42 % | 50 % | 48 % | 60 % |
| | Taux de participation des personnes âgées entre 50 et 74 ans au programme de dépistage du cancer colorectal au cours des deux dernières années[1] | -- | -- | 15 % | 20 % |
| | Congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires par 100 000 personnes de moins de 75 ans | 444 | 430 | 359 | 410 |
| | Nombre de résidents de l'Î.-P.-É. qui ont été vaccinés contre la grippe dans les cliniques communautaires de Santé Î.-P.-É.[2] | 21 700 | 21 700 ± 10 % | 16 817 | 21 700 ± 10 % |
| | Pourcentage des enfants nés à l'Î.-P.-É. qui ont été vaccinés avant l'âge de deux ans | 87 % | 87 % | 85 % | 90 % |
| Favoriser un environnement de travail sain | Sondage auprès des employés – pourcentage d'employés ayant répondu positivement à la question : « Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre emploi? »[3] | -- | ≥75 % | -- | -- |
| | Jours de congé de maladie par équivalent temps plein budgétisé | 10,54 jours/ETP | 10,5 jours/ETP | 11 jours/ETP | 10 jours/ETP |

| Accessibilité | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Objectif | | Mesure | Rés. réel 2013-2014 | Cible 2014-2015 | Rés. réel 2014-2015 | Cible 2015-2016 |
| Réduire les temps d'attente dans les secteurs prioritaires | Fournisseur de soins primaires | Utilisation des services d'urgence de l'HQE pour les niveaux de triage 4 et 5 | 39,0 % | 40 % | 37,7 % | 40 % |
| | | Utilisation des services d'urgence de l'HCP pour les niveaux de triage 4 et 5 | 41,4 % | 40 % | 42,1 % | 40 % |
| | | Utilisation des services d'urgence de l'HKCM pour les niveaux de triage 4 et 5 | 52,4 % | 45 % | 53 % | 45 % |
| | | Utilisation des services d'urgence de l'HW pour les niveaux de triage 4 et 5[4] | 73,1 % | -- | 73,70 % | -- |
| | | Temps d'attente pour avoir accès à un médecin offrant des soins primaires[5] | -- | -- | 21,8 jours | ≤7 jours |
| | Services de santé mentale | Jeunes vus par les services communautaires en santé mentale conformément aux normes d'accessibilité actuelles | 54 % | 60 % | 23 % | 70 % |
| | | Adultes vus par les services communautaires en santé mentale conformément aux normes d'accessibilité actuelles | 67 % | 68 % | 57 % | 70 % |
| | Services de traitement de la toxicomanie | Temps d'attente pour la gestion du sevrage des patients hospitalisés | 8 jours | 7,5 jours | 4 jours | 6,5 jours |
| | | Temps d'attente pour la gestion du sevrage des patients externes | 7 jours | 5 jours | 5 jours | 4,5 jours |
| | Soins de longue durée | Durée du séjour aux soins de longue durée pour les personnes de 65 ans et plus | 2,7 années | 2,7 années | 2,6 années | 2,5 années |
| | | Temps d'attente en jours pour un transfert du lit d'hôpital à un établissement de soins de longue durée (public ou privé) | 58,0 jours | 52,2 jours | 47,1 jours | 50 jours |
| | Services de chirurgie non urgente | Pourcentage de chirurgies de la cataracte qui respectent la norme d'accessibilité de 16 semaines | 46 % | 90 % | 63 % | 90 % |
| | | Pourcentage d'arthroplasties de la hanche qui respectent la norme d'accessibilité de 26 semaines | 77 % | 90 % | 92 % | 90 % |
| | | Pourcentage d'arthroplasties du genou qui respectent la norme d'accessibilité de 26 semaines | 62 % | 90 % | 88 % | 90 % |
| | Services d'urgence | Pourcentage des patients qui sont partis sans avoir été vus aux services d'urgence de l'HQE et de l'HCP | 8 % | 6 % | 8 % | 6 % |
| | | Pourcentage des patients qui sont partis sans avoir été vus aux services d'urgence de l'HKCM | 1,4 % | ≤4 % | 1,7 % | ≤4 % |
| | | Pourcentage des patients qui sont partis sans avoir été vus aux services d'urgence de l'HW | 2,5 % | ≤4 % | 3,5 % | ≤4 % |

| Efficacité | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Objectif | Mesure | Rés. réel 2013-2014 | Cible 2014-2015 | Rés. réel 2014-2015 | Cible 2015-2016 |
| Utiliser la technologie afin d'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins | Analyses urgentes respectant le délai d'exécution[6] | 86,2 % | 90 % | 87,6 % | 90 % |
| | Ordonnances de médicaments faites en ligne par les médecins | 87 % | 90 % | 89 % | 90 % |
| | Bilan comparatif des médicaments effectué à l'admission au moyen du SIERF en soins de courte durée[7] | 89,5 % | 95 % | 86 % | 95 % |
| Améliorer la gestion de l'utilisation des lits dans l'ensemble du système | Durée moyenne du séjour dans les établissements de soins de courte durée[8] | 9,1 jours | 7,3 jours | 8,78 jours | 7,3 jours |
| Améliorer la coordination des soins dans l'ensemble des services de santé | Dénombrement moyen quotidien des patients ayant reçu le code « Autre niveau de soins » dans les établissements de soins de courte durée[9] | 62,4 | <62 | 54,5 | <62 |
| | Nombre de patients hospitalisés aux services d'urgence en attente d'un lit en soins de courte durée par jour[10] | 10,8 patients | 10 patients | 9,84 patients | 10 patients |
| Gérer efficacement les ressources | Variation annuelle entre le budget et les résultats réels, selon les états financiers de Santé Î.-P.-É.[11] – en millions | 0,71 $ | 0 $ | 3,87 $ | 0 $ |
| | Temps supplémentaire en jours par équivalent temps plein budgétisé | 4,97 jours/ETP | 5,8 jours/ETP | 6,51 jours/ETP | 5,6 jours/ETP |

Notes techniques :

1 Les données de référence pour 2012-2013 englobent un intervalle de dépistage de deux ans : exercices 2011-2013; et les résultats réels pour 2014-2015 englobent un intervalle de dépistage de deux ans : exercices 2013-15. La cible ne s'applique pas pour 2014-2015. Cet indicateur tient compte uniquement des taux de dépistage dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal.

2 Des changements apportés au programme à l'automne 2014-2015 pourraient réduire l'utilisation des cliniques communautaires de Santé Î.-P.-É. pour la vaccination contre la grippe.

3 Les données de référence sont pour 2011-2012. La cible et le résultat ne s'appliquent pas pour 2014-2015 puisque le dernier sondage a lieu en 2011.

4 En raison de changements survenus dans la région de Prince-Ouest ayant une incidence sur l'utilisation des services d'urgence de l'hôpital Western, les données n'ont pas été recueillies et des cibles seront fixées pour 2015-2016 à une date ultérieure.

5 Selon les données fournies volontairement par les bureaux de médecins; en 2014-2015, 29 médecins ont fourni des données. Les résultats réels pour 2014-2015 constituent les données de référence en ce qui concerne le temps d'attente pour avoir accès à un omnipraticien.

6 Le délai d'exécution des analyses urgentes comprend le temps en laboratoire et le temps qu'il faut aux médecins et aux infirmières pour émettre l'ordonnance.

7 Les données de référence sont pour novembre 2013 à mars 2014 pour l'HQE et juin 2013 à mars 2014 pour l'HCP. Les données relatives à d'autres hôpitaux de l'Î.-P.-É. seront ajoutées dans les années à venir.

8 L'indicateur est lié à l'initiative DMS et englobe les établissements de soins de courte durée suivants : HQE, HCP, HKCM et HW.

9 Comprend les établissements de soins de courte durée suivants : HQE, HCP, HKCM et HW.

10 Comprend les établissements suivants : HQE, HCP et HKCM

11 Résultats opérationnels seulement : exclut toutes les subventions d'immobilisations, les autres contributions pour les immobilisations et l'amortissement.

(--) indique que les données ne sont pas applicables.

## ANNEXE C – GLOSSAIRE

| Indicateur de rendement stratégique | Description |
|---|---|
| **Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)** | Le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) est le ratio entre le nombre réel de décès hospitaliers dans une région ou un hôpital et le nombre prévu de décès en fonction des types de patients traités dans une région ou un hôpital. |
| **Taux d'événements ayant des niveaux de gravité 4 et 5 par 1 000 jours-patient dans les établissements de soins de courte durée et de soins de longue durée** | Les événements indésirables de niveau 4 et 5 sont très inquiétants dans un système de santé. Il importe de s'assurer que ces événements sont suivis et traités convenablement afin de réduire le risque qu'ils se reproduisent. Niveau de gravité 4 = blessure/dommage grave; niveau de gravité 5 = décès |
| **Congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires par 100 000 personnes de moins de 75 ans** | L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins primaires appropriés. Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie ou de condition, aider à maîtriser une maladie ou une condition épisodique de soins de courte durée ou contribuer à gérer une condition ou une maladie chronique. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins primaires appropriés. |
| **Taux d'utilisation des services d'urgence pour les niveaux de triage 4 et 5** | Un taux d'utilisation élevé des niveaux de triage 4 et 5 pour les patients qui se présentent à un service d'urgence peut indiquer que l'accès aux soins primaires est limité. Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) niveau 4 = moins urgent; niveau 5 = non urgent |
| **Pourcentage d'analyses urgentes respectant le délai d'exécution de référence** | Le délai d'exécution pour les analyses urgentes (c.-à-d. qui doivent être faites le plus vite possible) est considéré par les utilisateurs comme un indicateur de rendement au niveau de la qualité du service offert par le laboratoire et l'établissement dans son ensemble. |

ANNEXE D – **ÉTATS FINANCIERS VÉRIFIÉS**

# HEALTH PEI

Financial Statements
March 31, 2015

**Management's Report**

***Management's Responsibility for the Financial Statements***

The financial statements have been prepared by management in accordance with Canadian public sector accounting standards and the integrity and objectivity of these statements are management's responsibility. Management is responsible for the notes to the financial statements and for ensuring that this information is consistent, where appropriate, with the information contained in the financial statements.

Management is responsible for implementing and maintaining a system of internal control to provide reasonable assurance that reliable financial information is produced.

Management is accountable to the Board of Directors of Health PEI on matters of financial reporting and internal controls. Management provides internal financial reports to the Board of Directors on a regular basis and externally audited financial statements annually.

The Auditor General conducts an independent examination, in accordance with Canadian generally accepted auditing standards and expresses her opinion on the financial statements. The Auditor General has full and free access to financial information and management of Health PEI to meet as required.

On behalf of Health PEI

ORIGINAL SIGNED

Dr. Richard Wedge
Chief Executive Officer

ORIGINAL SIGNED

Denise Lewis Fleming
Executive Director of Financial Services
and Pharmacare

June 26, 2015

Prince Edward Island
Office of the
Auditor General
PO Box 2000, Charlottetown PE
Canada C1A 7N8

Île-du-Prince-Édouard
Bureau du
vérificateur général
C.P. 2000, Charlottetown PE
Canada C1A 7N8

**INDEPENDENT AUDITOR'S REPORT**

**To the Board of Directors of Health PEI**

I have audited the financial statements of **Health PEI**, which comprise the statement of financial position as at March 31, 2015, and the statements of operations and accumulated surplus, changes in net debt, and cash flow for the year then ended and a summary of significant accounting policies and other explanatory information.

**Management's Responsibility for the Financial Statements**

Management is responsible for the preparation and fair presentation of these financial statements in accordance with Canadian public sector accounting standards and for such internal control as management determines is necessary to enable the preparation of financial statements that are free from material misstatement, whether due to fraud or error.

**Auditor's Responsibility**

My responsibility is to express an opinion on these financial statements based on my audit. I conducted the audit in accordance with Canadian generally accepted auditing standards. Those standards require that I comply with ethical requirements and plan and perform the audit to obtain reasonable assurance whether the financial statements are free from material misstatement.

An audit involves performing procedures to obtain audit evidence about the amounts and disclosures in the financial statements. The procedures selected depend on the auditor's judgment, including the assessment of the risks of material misstatement of the financial statements, whether due to fraud or error. In making those risk assessments, the auditor considers internal controls relevant to the entity's preparation and fair presentation of the financial statements in order to design audit procedures that are appropriate in the circumstances, but not for the purpose of expressing an opinion on the effectiveness of the entity's internal controls. An audit also includes evaluating the appropriateness of accounting policies used and the reasonableness of significant accounting estimates made by management, as well as evaluating the overall financial statement presentation.

I believe that the audit evidence I have obtained is sufficient and appropriate to provide a basis for my audit opinion.

**Opinion**

In my opinion, the financial statements present fairly, in all material respects, the financial position of the Corporation as at March 31, 2015, and the results of its operations, changes in net debt, and cash flow for the year then ended in accordance with Canadian public sector accounting standards.

B. Jane MacAdam

**B. Jane MacAdam, CPA, CA**
**Auditor General**

**Charlottetown, Prince Edward Island**
**June 26, 2015**

## HEALTH PEI

Statement of Financial Position
March 31, 2015

| | 2015 | 2014 |
|---|---|---|
| | $ | $ |
| **Financial Assets** | | |
| Cash | 12,316,834 | 2,846,880 |
| Accounts receivable (Note 4) | 5,226,297 | 7,708,390 |
| Due from the Department of Health and Wellness | 36,265,175 | 30,763,408 |
| | 53,808,306 | 41,318,678 |
| **Liabilities** | | |
| Accounts payable and accrued liabilities (Note 7) | 81,413,180 | 75,056,659 |
| Employee future benefits (Note 8) | 58,970,197 | 53,126,903 |
| Deferred revenue (Note 9) | 287,600 | 57,503 |
| | 140,670,977 | 128,241,065 |
| **Net Debt** | (86,862,671) | (86,922,387) |
| **Non Financial Assets** | | |
| Tangible capital assets (Note 11) | 242,145,128 | 247,494,224 |
| Inventories held for use (Note 5) | 3,511,427 | 3,436,146 |
| Prepaid expenses (Note 6) | 584,920 | 719,917 |
| | 246,241,475 | 251,650,287 |
| **Accumulated Surplus** | 159,378,804 | 164,727,900 |
| Designated assets (Note 16) | 891,715 | 672,954 |
| Trusts under administration (Note 17) | 750,830 | 691,644 |

(The accompanying notes are an integral part of these financial statements.)

Approved on behalf of Health PEI

ORIGINAL SIGNED
Chair

ORIGINAL SIGNED
Board Member

## HEALTH PEI

Statement of Operations and Accumulated Surplus
For the year ended March 31, 2015

| | Budget (Note 19) 2015 | 2015 | 2014 |
|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ |
| **Revenues** | | | |
| Grants - Dept. of Health and Wellness | 581,134,300 | 577,262,681 | 565,701,700 |
| Fees - patient and client (Note 14) | 20,651,800 | 19,799,741 | 20,125,007 |
| Food services | 1,064,900 | 956,663 | 1,042,997 |
| Federal revenues | 517,200 | 246,792 | 583,577 |
| Sales | 895,600 | 771,100 | 811,173 |
| Other | 1,283,200 | 1,762,265 | 1,674,974 |
| **Operational Revenues** | 605,547,000 | 600,799,242 | 589,939,428 |
| Capital grants - Dept. of Health and Wellness | 11,356,600 | 7,124,300 | 18,114,364 |
| Other capital contributions | 4,026,500 | 3,390,484 | 4,897,790 |
| **Capital Revenues** | 15,383,100 | 10,514,784 | 23,012,154 |
| | 620,930,100 | 611,314,026 | 612,951,582 |
| **Expenses** (Note 20) | | | |
| Community Hospitals | 21,618,400 | 22,121,082 | 21,634,622 |
| Acute Care | 162,707,400 | 163,293,431 | 160,292,461 |
| Addiction Services | 11,793,900 | 10,779,799 | 10,070,563 |
| Acute Mental Health | 17,785,800 | 18,053,006 | 17,507,649 |
| Community Mental Health | 8,243,900 | 7,650,471 | 7,552,408 |
| Continuing Care | 62,042,000 | 63,975,423 | 62,182,516 |
| Private Nursing Home Subsidies | 21,716,500 | 20,926,847 | 18,737,257 |
| Public and Dental Health | 10,296,200 | 10,035,731 | 9,608,398 |
| Provincial Pharmacare Programs | 35,355,900 | 31,041,451 | 34,904,191 |
| Home Care and Support | 15,253,100 | 15,131,149 | 14,464,781 |
| Provincial Laboratory and Diagnostic Imaging | 28,912,200 | 29,626,106 | 29,253,264 |
| Provincial Hospital Pharmacies | 5,841,300 | 5,339,495 | 4,985,790 |
| Emergency Health Services | 15,171,100 | 14,608,105 | 14,179,581 |
| Corporate and Support Services | 22,674,200 | 21,630,820 | 23,143,221 |
| Medical Programs - In Province | 107,181,500 | 108,607,074 | 103,485,063 |
| Medical Programs - Out of Province | 46,282,100 | 46,004,258 | 46,792,153 |
| Primary Care | 12,671,500 | 11,974,994 | 10,433,044 |
| **Operational Expenses** | 605,547,000 | 600,799,242 | 589,226,962 |
| Amortization of tangible capital assets | - | 15,863,880 | 15,869,352 |
| | 605,547,000 | 616,663,122 | 605,096,314 |
| **Annual (Deficit) Surplus** (Note 15) | 15,383,100 | (5,349,096) | 7,855,268 |
| Accumulated Surplus, beginning of year | | 164,727,900 | 156,872,632 |
| **Accumulated Surplus, end of year** | | 159,378,804 | 164,727,900 |

(The accompanying notes are an integral part of these financial statements.)

## HEALTH PEI

Statement of Changes in Net Debt
For the year ended March 31, 2015

| | Budget 2015 | 2015 | 2014 |
|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ |
| **Net Debt, beginning of year** | (86,922,387) | (86,922,387) | (87,546,892) |
| **Changes in year:** | | | |
| Annual (deficit) surplus | 15,383,100 | (5,349,096) | 7,855,268 |
| Acquisition of tangible capital assets | (15,383,100) | (10,514,784) | (23,012,154) |
| Amortization of tangible capital assets | - | 15,863,880 | 15,869,352 |
| Increase in inventories | - | (75,281) | (12,330) |
| Decrease (increase) in prepaid expenses | - | 134,997 | (75,631) |
| **Change in Net Debt** | - | 59,716 | 624,505 |
| **Net Debt, end of year** | (86,922,387) | (86,862,671) | (86,922,387) |

(The accompanying notes are an integral part of these financial statements.)

## HEALTH PEI

Statement of Cash Flow
For the year ended March 31, 2015

| | 2015 | 2014 |
|---|---|---|
| | $ | $ |
| **Cash provided (used) by:** | | |
| **Operating Activities** | | |
| (Deficit) surplus for the year | (5,349,096) | 7,855,268 |
| Amortization of tangible capital assets | 15,863,880 | 15,869,352 |
| Changes in: | | |
| Accounts receivable | 2,482,093 | (802,003) |
| Due from the Department of Health and Wellness | (5,501,767) | (4,344,147) |
| Accounts payable and accrued liabilities | 6,356,521 | (1,264,141) |
| Employee future benefits | 5,843,294 | 2,386,575 |
| Deferred revenue | 230,097 | (67,186) |
| Inventories held for use | (75,281) | (12,330) |
| Prepaid expenses | 134,997 | (75,631) |
| **Cash provided by operating activities** | 19,984,738 | 19,545,757 |
| **Capital Activities** | | |
| Acquisition of tangible capital assets | (10,514,784) | (23,012,154) |
| **Cash used by capital activities** | (10,514,784) | (23,012,154) |
| **Change in cash** | 9,469,954 | (3,466,397) |
| Cash, beginning of year | 2,846,880 | 6,313,277 |
| **Cash, end of year** | 12,316,834 | 2,846,880 |

(The accompanying notes are an integral part of these financial statements.)

## 1. Nature of Operations

Health PEI is a provincial Crown corporation established on April 1, 2010, and operates under the authority of the *Health Services Act*. Health PEI is a government organization named in Schedule B of the *Financial Administration Act* and reports to the Legislative Assembly through the Minister of the Department of Health and Wellness. The mandate of Health PEI is to be responsible for the operation and delivery of all health services in the Province of Prince Edward Island. These services are categorized as follows:

Community Hospitals
Acute Care
Addiction Services
Acute Mental Health
Community Mental Health
Continuing Care
Private Nursing Home Subsidies
Provincial Pharmacare Programs
Primary Care
Home Care and Support
Public and Dental Health
Provincial Laboratory and Diagnostic Imaging
Provincial Hospital Pharmacies
Emergency Health Services
Corporate and Support Services
Medical Programs - In Province
Medical Programs - Out of Province

Health PEI is a provincial Crown corporation and as such is not subject to taxation under the federal *Income Tax Act*.

## 2. Summary of Significant Accounting Policies

### Basis of Accounting

These financial statements are prepared by management in accordance with Canadian public sector accounting standards. Health PEI complies with the recommendations of the Public Sector Accounting Board (PSAB) of the Chartered Professional Accountants of Canada (CPA) wherever applicable. PSAB standards are supplemented, where appropriate, by other CPA Canada accounting pronouncements.

Since Health PEI has no unrealized remeasurement gains or losses attributable to foreign exchange, derivatives, portfolio investments, or other financial instruments, a statement of remeasurement gains and losses is not prepared.

For the year ended March 31, 2015, Health PEI adopted the new Public Sector Accounting Standard PS3260 "Liability for Contaminated Sites," which establishes standards on accounting for and reporting liabilities associated with the remediation of contaminated sites. The adoption of the new PS3260 standard has not resulted in any changes to the measurement and recognition of liabilities in Health PEI's financial statements. Two former continuing care facilities, which are no longer in productive use by Health PEI, are owned by the Province of Prince Edward Island, and the responsibility for remediation of contamination, if any, is the responsibility of the province's Department of Transportation, Infrastructure and Energy and the Department of Family and Human Services.

## 2. Summary of Significant Accounting Policies (continued...)

### a) Cash

Cash includes cash on hand and balances on deposit with financial institutions, net of overdrafts.

### b) Accounts Receivable

Accounts receivable are recorded at cost less any provision when collection is in doubt.

### c) Inventories Held for Use

Inventories of supplies as described in Note 5 are recorded at the lower of the moving average and replacement cost. Damaged, obsolete, or otherwise unusable inventory is expensed as identified. Inventories of supplies that are resold to the public are not segregated due to their immaterial value.

### d) Due from the Department of Health and Wellness

Amounts due to or from the Department of Health and Wellness arise from the difference between cash flows provided to Health PEI and expenditures up to a maximum of the approved grant from the Department. These balances have no repayment terms and are non-interest bearing.

### e) Deferred Revenue

Certain amounts are received pursuant to legislation, regulation, or agreement and may only be used in the conduct of certain programs or in the delivery of specific services and transactions. These amounts are recognized as revenue when eligibility criteria, if any, have been met.

### f) Tangible Capital Assets

Tangible capital assets are recorded at cost, which includes amounts that are directly related to the acquisition, design, construction, development, improvement, and/or betterment of the assets. Cost includes overhead directly attributable to construction and development. Interest, if any, on capital projects is expensed as incurred.

**2. Summary of Significant Accounting Policies (continued...)**

**f) Tangible Capital Assets (continued...)**

The cost of the tangible capital assets, excluding land, is amortized on a straight-line basis over their estimated useful lives as follows:

| | |
|---|---|
| Buildings | 40 years |
| Building improvements | 10 years |
| Paving | 10 years |
| Equipment | 5 years |
| Computer hardware | 5 years |
| Computer software systems | 5-20 years |
| Motor vehicles | 5 years |

For each category of tangible capital assets, only those individual assets meeting a minimum dollar threshold for that category are recorded as capital assets.

The cost of assets under construction is not amortized until construction is complete and the asset is available for use. In the year of acquisition, one half of the annual amortization is recorded.

Tangible capital assets are written down when conditions indicate they no longer contribute to Health PEI's ability to provide goods and services, or when the value of the future economic benefits associated with the tangible capital assets are less than their net book value. Write downs are expensed when identified.

**g) Prepaid Expenses**

Prepaid expenses, as described in Note 6, are charged to expenses over the periods expected to benefit.

**h) Revenues**

Revenues are recorded on an accrual basis in the period in which the transaction or event which gave rise to the revenue occurred. When accruals cannot be determined with a reasonable degree of certainty or when their estimation is impracticable, revenues are recorded as received.

Transfers (revenues from non-exchange transactions) are recognized as revenue when the transfer is authorized, any eligibility criteria are met, and a reasonable estimate of the amount can be made. Transfers are recognized as deferred revenue when amounts have been received but eligibility criteria have not been met.

Grants from the Department of Health and Wellness are recognized as revenue on a monthly basis as services are delivered by Health PEI in accordance with its legislated mandate.

**2. Summary of Significant Accounting Policies (continued...)**

**i) Expenses**

Expenses are recorded on an accrual basis in the period in which the transaction or event which gave rise to the expense occurred.

Transfers include entitlements, grants, and transfers under cost shared agreements. Grants and transfers are recorded as expenses when the transfer is authorized, eligibility criteria have been met by the recipient, and a reasonable estimate of the amount can be made.

**j) Foreign Currency Translation**

Monetary assets and liabilities denominated in foreign currencies are translated into Canadian dollars at the exchange rate prevailing at year-end. Foreign currency transactions are translated at the exchange rate prevailing at the date of the transaction.

Health PEI has limited exposure to foreign currency, as substantially all of its transactions are conducted in Canadian dollars and year-end foreign currency balances are not significant.

**k) Use of Estimates and Measurement Uncertainty**

The preparation of financial statements in conformity with Canadian public sector accounting standards requires management to make estimates and assumptions that affect the reported amounts of assets and liabilities and disclosure of contingent assets and liabilities at the date of the financial statements and the reported amounts of the revenues and expenses during the period. Items requiring the use of significant estimates include the useful life of capital assets, employee retirement and sick leave benefits, provisions for doubtful accounts, accrued liabilities for out-of-province health services including academic funding premiums payable to Nova Scotia, and negotiated settlements with unions and other employees.

Estimates are based on the best information available at the time of preparation of the financial statements and are reviewed annually to reflect new information as it becomes available. Measurement uncertainty exists in these financial statements. Actual results could differ from these estimates and the differences could be material.

## 3. Financial Instruments

### Fair Value

Health PEI's financial instruments consist of cash, accounts receivable, amounts due from the Department of Health and Wellness, accounts payable, deferred revenue, and accrued liabilities. Due to their short-term nature, the carrying value of these financial instruments approximate their fair value.

### Risk Management

Health PEI is exposed to a number of risks as a result of the financial instruments on its statement of financial position that can affect its operating performance. These risks include credit and liquidity risk. Health PEI's financial instruments are not subject to significant market, interest rate, foreign exchange, or price risk.

### Credit Risk

Health PEI is exposed to credit risk with respect to accounts receivable. Health PEI has a collection policy and monitoring processes intended to mitigate potential credit losses. Health PEI maintains provisions for potential credit losses that are assessed on an on-going basis. The provision for doubtful accounts is disclosed in Note 4.

### Liquidity Risk

Health PEI is subject to minimal liquidity risk. Liquidity risk is the risk that Health PEI will not be able to meet its financial obligations as they fall due. Health PEI's approach to managing liquidity is to evaluate current and expected liquidity requirements, and to communicate these requirements with the Province of Prince Edward Island to ensure that provincial funding grant payments are timed accordingly.

## 4. Accounts Receivable

| | 2015<br>$ | 2014<br>$ |
|---|---|---|
| Fees and revenues receivable | 4,028,516 | 3,621,970 |
| Less: provision for doubtful accounts | (1,473,310) | (1,574,628) |
| | 2,555,206 | 2,047,342 |
| Hospital foundations | 482,778 | 3,133,903 |
| Province of Prince Edward Island | 498,822 | 588,622 |
| Employee advances | 735,236 | 802,728 |
| Other | 954,255 | 1,135,795 |
| | 5,226,297 | 7,708,390 |

## 4. Accounts Receivable (continued...)

The aging of fees and revenues receivable is as follows:

| | 2015 $ | 2014 $ |
|---|---|---|
| Current | 2,326,611 | 1,683,235 |
| 61-90 days | 86,009 | 94,274 |
| 91-180 days | 155,743 | 702,853 |
| Greater than 180 days | 1,460,153 | 1,141,608 |
| | 4,028,516 | 3,621,970 |

## 5. Inventories Held for Use

| | 2015 $ | 2014 $ |
|---|---|---|
| Medical supplies | 1,885,237 | 1,720,636 |
| Drugs | 1,410,728 | 1,303,638 |
| Food and other supplies | 215,462 | 411,872 |
| | 3,511,427 | 3,436,146 |

## 6. Prepaid Expenses

| | 2015 $ | 2014 $ |
|---|---|---|
| Maintenance contracts | 579,815 | 702,854 |
| Other | 5,105 | 17,063 |
| | 584,920 | 719,917 |

## 7. Accounts Payable and Accrued Liabilities

| | 2015 $ | 2014 $ |
|---|---|---|
| Accounts payable | 20,672,896 | 21,600,315 |
| Accrued liabilities | 23,320,207 | 17,834,159 |
| Salaries and benefits payable | 19,706,134 | 17,591,732 |
| Accrued vacation pay | 17,713,943 | 18,030,453 |
| | 81,413,180 | 75,056,659 |

Included in accrued liabilities are academic funding premiums payable to the Province of Nova Scotia in the amount of $1,862,944 which are currently subject to negotiation.

## 8. Employee Future Benefits

### a) Retirement Allowance

Health PEI provides a retirement allowance to its permanent employees in accordance with the applicable collective agreement. The amount paid to eligible employees at retirement is one week's pay per year of eligible service based on the rate of pay in effect at the retirement date to the maximum specified in the applicable collective agreement. These benefits are unfunded. The benefit costs and liabilities related to these allowances are included in these financial statements.

The most recent actuarial valuation for accounting purposes prepared by the actuarial consulting firm Morneau Shepell, disclosed an accrued benefit obligation of $45,638,200 as at April 1, 2014. The total liability is projected by Health PEI in the years between the tri-annual valuations.

The economic assumptions used in the determination of the actuarial value of the accrued retirement allowance were developed by reference to the expected long-term borrowing rate of the Province of Prince Edward Island as of April 1, 2014. Significant actuarial assumptions used in the valuation and projection are:

| | 2015 | 2014 |
|---|---|---|
| Discount rate | 3.80% per annum | 4.47% per annum |
| Expected salary increase | 2.75% per annum and promotional scale | 2.50% per annum |
| Expected average remaining service life | 12 years | 15 years |

Retirement age: varying by age and service, with all employees retiring between the ages of 55 and 66. Employees age 66 and older at the valuation date are assumed to retire one year after the valuation date. (2014 - when age plus service equals 90, but no earlier than 55 and no later than 63).

Assumptions used for March 31, 2014 to March 31, 2015, have been revised by Health PEI based on a reduction in the province's long term borrowing rate. A revised rate of 2.64 percent based on the province's April 1, 2015, long term borrowing rate has been applied resulting in an increase of $5,903,342 to the accrued benefit obligation and a corresponding increase in the unamortized gains and losses.

**8. Employee Future Benefits (continued...)**

**a) Retirement Allowance (continued...)**

| | 2015<br>$ | 2014<br>$ |
|---|---|---|
| **Balance, beginning of year** | 35,059,810 | 33,564,842 |
| Current service cost | 3,310,900 | 2,170,688 |
| Interest accrued on liability | 1,738,142 | 1,833,472 |
| Amortization of actuarial losses | 1,372,364 | 877,338 |
| Less: payments made | (3,106,146) | (3,386,530) |
| **Balance, end of year** | 38,375,070 | 35,059,810 |
| | | |
| Gross accrued benefit obligation | 52,653,200 | 44,806,962 |
| Less: unamortized actuarial losses | (14,278,130) | (9,747,152) |
| Net accrued benefit obligation | 38,375,070 | 35,059,810 |

**b) Accrued Sick Leave**

Health PEI employees working full-time/part-time hours receive sick leave that accumulates at a rate of 11.25 hours per month. Members of the excluded (management) group can accumulate to a maximum of 1950 hours with the exception of 20 grandfathered members whose sick leave balances are currently higher than 1950 hours. All other employees can accumulate to a maximum of 1612.50 hours. An actuarial estimate for this future liability has been completed and forms the basis for the estimated liability reported in these financial statements.

The most recent actuarial valuation for accounting purposes, prepared by the actuarial consulting firm Morneau Shepell, disclosed an accrued benefit obligation of $26,204,000 as at April 1, 2014. The total liability is projected by Health PEI in the years between the tri-annual valuations.

The economic assumptions used in the determination of the actuarial value of accrued sick leave benefits were developed by reference to the expected long-term borrowing rate of the Province of Prince Edward Island as at April 1, 2014.

8. **Employee Future Benefits (continued...)**

**b) Accrued Sick Leave (continued...)**

Significant actuarial assumptions used in the valuation and projections are:

| | 2015 | 2014 |
|---|---|---|
| Discount rate | 3.80% per annum | 3.21% per annum |
| Expected salary increase | 3.00% per annum | 2.50% per annum |
| Expected average remaining service life | 15 years | 14.63 years |
| Termination rates | 0.5% terminate per year | None |

Retirement age: age 61, or in one year if employee has attained age 61. (2014 - when age plus service equals 90, but no earlier than 55 and no later than 63.)

Assumptions used for March 31, 2014 to March 31, 2015, have been revised by Health PEI based on a reduction in the province's long-term borrowing rate. A revised rate of 2.64 percent based on the province's April 1, 2015, long-term borrowing rate has been applied resulting in an increase of $9,554,468 to the accrued benefit obligation and a corresponding increase in the unamortized gains and losses.

| | 2015<br>$ | 2014<br>$ |
|---|---|---|
| **Balance, beginning of year** | 18,067,093 | 17,175,486 |
| Current service cost | 3,190,600 | 2,885,817 |
| Interest accrued on liability | 1,013,995 | 586,597 |
| Amortization of actuarial losses | 553,894 | 72,100 |
| Less: payments made | (2,230,455) | (2,652,907) |
| **Balance, end of year** | 20,595,127 | 18,067,093 |
| | | |
| Gross accrued benefit obligation | 30,505,700 | 18,977,093 |
| Less: unamortized actuarial losses | (9,910,573) | (910,000) |
| Net accrued benefit obligation | 20,595,127 | 18,067,093 |

**8. Employee Future Benefits (continued...)**

**c) Pension and Other Benefits**

i) All permanent employees of Health PEI, other than physicians, participate in the multi-employer contributory defined benefit pension plan as defined by the *Civil Service Superannuation Act*. This plan provides a pension on retirement based on two percent of the average salary for the highest three years times the number of years of pensionable service, for service to December 31, 2013, and two percent of the career average salary indexed with cost-of-living adjustments, for service after 2013. Indexing is subject to the funded level of the plan after December 31, 2016.

The Plan is administered by the Province of Prince Edward Island. Additional information on the pension plan as defined in the *Civil Service Superannuation Act* can be found in the notes to the Public Accounts of the Province of Prince Edward Island. The province is responsible for any unfunded liabilities of the Plan. A total of $17,183,892 (2014 - $17,011,003) was contributed towards the Civil Service Superannuation Plan as the employer share of contributions.

ii) Salaried physicians maintain their own personal RRSP accounts to which Health PEI makes contributions in accordance with the Master Agreement between the Medical Society of Prince Edward Island and the Province of Prince Edward Island. Health PEI's contributions are equivalent to 9 per cent of the physician's base salary and shall not exceed 50 per cent of the maximum permissible contribution provided for in the *Income Tax Act*. Health PEI's liability is limited to its required contributions in accordance with the agreement. A total of $945,945 (2014 - $978,291) was contributed towards salaried physicians' personal RRSP accounts.

iii) The Public Sector Group Insurance Plan provides life insurance, long-term disability, and health and dental benefits to eligible employees of Health PEI. The Plan is administered by a multi-employer, multi-union Board of Trustees who are responsible for any unfunded liabilities of the plan. The cost of insured benefits reflected in these financial statements are the employer's portion of the insurance premiums owed for employee coverage during the period.

## 9. Deferred Revenue

Deferred revenues set aside for specific purposes as required either by legislation, regulation, or agreement as at March 31, 2015:

| | Balance, beginning of year | Receipts during year | Transferred to revenue | Balance, end of year |
|---|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ | $ |
| Health promotion projects | 24,464 | 278,940 | 24,464 | 278,940 |
| Conference hosting revenues | 19,208 | 8,660 | 19,208 | 8,660 |
| Staff education | 13,831 | - | 13,831 | - |
| | 57,503 | 287,600 | 57,503 | 287,600 |

## 10. Contingent Liabilities

Health PEI is subject to legal actions arising in the normal course of business. At March 31, 2015, there were a number of outstanding legal claims against Health PEI. Costs and damages, if any, related to these outstanding claims are the responsibility of the Prince Edward Island Self-Insurance and Risk Management Fund. The Fund provides general liability, errors and omissions, primary property, crime, and automobile liability insurance. The Fund is administered by the Province of Prince Edward Island and the province is responsible for any liabilities of the Fund.

## 11. Tangible Capital Assets

| | Land | Buildings | Equipment and Vehicles | Computer hardware and software | Land improve-ments | Buildings major improve-ments | 2015 Total | 2014 Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ |
| **Cost** | | | | | | | | |
| Opening balance | 1,877,240 | 263,378,687 | 106,192,432 | 54,351,953 | 1,125,499 | 5,305,494 | 432,231,305 | 409,315,151 |
| Additions | - | 4,866,256 | 3,678,715 | 1,455,851 | 23,920 | 490,042 | 10,514,784 | 23,012,154 |
| Disposals | - | - | (895,968) | - | - | - | (895,968) | (96,000) |
| Closing balance | 1,877,240 | 268,244,943 | 108,975,179 | 55,807,804 | 1,149,419 | 5,795,536 | 441,850,121 | 432,231,305 |
| **Accumulated Amortization** | | | | | | | | |
| Opening balance | - | 68,347,187 | 89,534,549 | 24,063,085 | 760,391 | 2,031,869 | 184,737,081 | 168,963,729 |
| Disposals | - | - | (895,968) | - | - | - | (895,968) | (96,000) |
| Amortization | - | 5,463,488 | 6,061,042 | 3,702,720 | 81,700 | 554,930 | 15,863,880 | 15,869,352 |
| Closing balance | - | 73,810,675 | 94,699,623 | 27,765,805 | 842,091 | 2,586,799 | 199,704,993 | 184,737,081 |
| **Net book value** | 1,877,240 | 194,434,268 | 14,275,556 | 28,041,999 | 307,328 | 3,208,737 | 242,145,128 | 247,494,224 |

## 11. Tangible Capital Assets (continued...)

Cost at March 31, 2015 includes assets under construction as follows:

| | 2015<br>$ | 2014<br>$ |
|---|---|---|
| Queen Elizabeth Hospital redevelopment | - | 6,863,123 |
| Palliative Care Centre | - | 634,945 |
| Other buildings - major improvements | - | 286,260 |
| Other | 1,363 | - |
| Computer software | 898,837 | - |
| | 900,200 | 7,784,328 |

## 12. Contractual Obligations

| | 2016<br>$ | 2017<br>$ | 2018<br>$ | 2019<br>$ | 2020<br>$ | Thereafter<br>$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Private nursing home subsidies | 20,074,125 | - | - | - | - | - |
| Ambulance services | 8,074,733 | 8,074,733 | 8,074,733 | - | - | - |
| IT support services (Cerner) | 2,739,439 | 2,739,439 | 2,739,439 | 2,739,439 | - | - |
| PEI Medical Society | - | - | - | - | - | - |
| Maintenance contracts | 1,493,992 | 1,104,674 | 970,818 | 887,786 | 415,356 | - |
| Education funds | 1,445,000 | 1,445,000 | 1,150,000 | 800,000 | - | - |
| Facility rental/overhead | 608,016 | 310,940 | 265,079 | 269,744 | 165,098 | - |
| Other | 3,116,550 | 2,907,955 | 2,395,354 | 1,100,453 | 430,472 | 5,705,499 |
| Contractual obligations for operating expenses | 37,551,855 | 16,582,741 | 15,595,423 | 5,797,422 | 1,010,926 | 5,705,499 |

Health PEI has $570,343 in outstanding contractual commitments for capital projects which commenced on or before March 31, 2015, and are still incomplete.

## 13. Related Party Transactions

Health PEI had the following transactions with the Province of Prince Edward Island and other government controlled organizations:

| | 2015<br>$ | 2014<br>$ |
|---|---|---|
| Transfers from the Province of Prince Edward Island: | | |
| Operating grant - Department of Health and Wellness | 577,262,681 | 565,701,700 |
| Capital grant - Department of Health and Wellness | 7,124,300 | 18,114,364 |
| Salary recoveries | 947,398 | 1,203,692 |
| PEI Lotteries Commission | 223,996 | 243,656 |
| Other sales and expenses | 507,678 | 693,288 |
| | 586,056,053 | 585,956,700 |
| Transfers to the Province of Prince Edward Island: | | |
| Salary reimbursements | 1,248,292 | 2,324,731 |
| Insurance premiums | 1,777,398 | 1,695,781 |
| Public Service Commission | 566,300 | 566,300 |
| Other expenses | 1,481,731 | 1,768,966 |
| | 5,073,721 | 6,355,778 |

Included within the accounts receivable balance at year-end are $498,822 (2014 - $588,622) of transfers from the Province of Prince Edward Island. Included within the accounts payable balance at year-end are $896,188 (2014 - $1,467,138) of transfers to the Province of Prince Edward Island.

The Province of Prince Edward Island provides the use of several facilities and certain maintenance services for some of these facilities at no cost to Health PEI. Health PEI is responsible for most operational and maintenance costs related to these facilities.

## 14. Fees - Patient and Client

| | 2015<br>$ | 2014<br>$ |
|---|---|---|
| Continuing Care resident fees | 12,002,713 | 11,939,123 |
| Hospital medical services: | | |
| Non-residents | 4,071,993 | 4,070,140 |
| Uninsured hospital services - workers compensation | 2,034,180 | 2,093,361 |
| Other uninsured hospital services | 1,266,325 | 1,597,199 |
| Hospital preferred room accommodations | 390,140 | 395,967 |
| Other | 34,390 | 29,217 |
| | 19,799,741 | 20,125,007 |

## 15. Annual Deficit

Throughout the fiscal year, Health PEI regularly communicates with the Department of Health and Wellness and the Department of Finance on the expected operational results for the year and action plans developed to address potential deficits.

The annual deficit for the year ended March 31, 2015 is comprised of:

| | Operational<br>$ | Capital<br>$ | 2015<br>$ |
|---|---|---|---|
| Revenues | 600,799,242 | 10,514,784 | 611,314,026 |
| Expenses | 600,799,242 | 15,863,880 | 616,663,122 |
| Deficit | - | (5,349,096) | (5,349,096) |

A special warrant is not required for capital as the tangible capital asset additions, as described in Note 11, are less than the approved capital budget. Amortization expenses are budgeted by the province as described in Note 19.

## 16. Designated Assets

At March 31, 2015, the balance of funds held as designated assets was $891,715 (2014 - $672,954). Designated assets consist of funds received as donations by a health facility or program that are restricted for the purchase of equipment, supplies, and/or other needs of the specific facility or program. These amounts are not included in the statement of financial position.

## 17. Trusts Under Administration

At March 31, 2015, the balance of funds held in trust for residents of facilities in Continuing Care was $750,830 (2014 - $691,644). These trusts consist of a monthly comfort allowance provided to Continuing Care residents who qualify for subsidization of resident fees. These amounts are not included in the statement of financial position.

## 18. Comparative Figures

Certain 2014 comparative figures have been reclassified to conform with the 2015 financial statement presentation.

## 19. Budgeted Figures

Budgeted figures have been provided for comparative purposes and have been derived from the estimates approved by the Legislative Assembly of the Province of Prince Edward Island.

The budget for amortization of tangible capital assets remains with the Province of Prince Edward Island. For the fiscal year ended March 31, 2015, the Province budgeted $15,763,300 for amortization of Health PEI's tangible capital assets.

Subsequent to the tabling of the 2014 P.E.I. Estimates of Revenue and Expenditures, Health PEI reallocated certain budget amounts among its divisions. The following table shows the reallocation of the original approved budget.

## 19. Budgeted Figures (continued...)

| | Original Approved Budget | Adjustments Between Divisions | Budget - Statement of Operation |
|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ |
| **Revenues** | | | |
| Grants - Dept. of Health and Wellness | 581,134,300 | - | 581,134,300 |
| Fees - patient and client | 20,212,300 | 439,500 | 20,651,800 |
| Food services | 1,398,400 | (333,500) | 1,064,900 |
| Federal revenues | 463,400 | 53,800 | 517,200 |
| Sales | 1,209,000 | (313,400) | 895,600 |
| Other | 2,101,800 | (818,600) | 1,283,200 |
| **Operational Revenues** | 606,519,200 | (972,200) | 605,547,000 |
| Capital grants - Department of Health and Wellness | 11,356,600 | - | 11,356,600 |
| Other capital contributions | 4,026,500 | - | 4,026,500 |
| **Capital Revenues** | 15,383,100 | - | 15,383,100 |
| | 621,902,300 | (972,200) | 620,930,100 |
| **Expenses** | | | |
| Community Hospitals | 21,817,300 | (198,900) | 21,618,400 |
| Acute Care | 162,308,700 | 398,700 | 162,707,400 |
| Addiction Services | 11,570,300 | 223,600 | 11,793,900 |
| Acute Mental Health | 17,924,700 | (138,900) | 17,785,800 |
| Community Mental Health | 8,276,700 | (32,800) | 8,243,900 |
| Continuing Care | 62,117,900 | (75,900) | 62,042,000 |
| Private Nursing Home Subsidies | 21,930,200 | (213,700) | 21,716,500 |
| Public and Dental Health | 10,332,800 | (36,600) | 10,296,200 |
| Provincial Pharmacare Programs | 36,352,500 | (996,600) | 35,355,900 |
| Home Care and Support | 15,606,700 | (353,600) | 15,253,100 |
| Provincial Laboratory and Diagnostic Imaging | 28,976,800 | (64,600) | 28,912,200 |
| Provincial Hospital Pharmacies | 5,599,400 | 241,900 | 5,841,300 |
| Emergency Health Services | 15,210,200 | (39,100) | 15,171,100 |
| Corporate and Support Services | 22,942,300 | (268,100) | 22,674,200 |
| Medical Programs - In Province | 107,098,600 | 82,900 | 107,181,500 |
| Medical Programs - Out of Province | 45,600,300 | 681,800 | 46,282,100 |
| Primary Care | 12,853,800 | (182,300) | 12,671,500 |
| | 606,519,200 | (972,200) | 605,547,000 |
| **Annual Surplus** | 15,383,100 | - | 15,383,100 |

## 20. Expenses by Type

The following is a summary of expenses by type:

| | Compensation $ | Supplies $ | Sundry* $ | Equipment $ | Contracted Out Services $ | Building and Grounds $ | 2015 Total $ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Community Hospitals | 17,124,358 | 3,550,619 | 435,927 | 251,158 | 394,483 | 364,537 | 22,121,082 |
| Acute Care | 116,120,908 | 36,248,725 | 2,610,001 | 5,029,525 | 1,822,669 | 1,461,603 | 163,293,431 |
| Addiction Services | 9,242,150 | 700,784 | 489,104 | 88,766 | 150,827 | 108,168 | 10,779,799 |
| Acute Mental Health | 15,783,067 | 1,488,390 | 191,821 | 225,696 | 202,429 | 161,603 | 18,053,006 |
| Community Mental Health | 7,281,195 | 47,274 | 232,390 | 20,016 | 69,596 | - | 7,650,471 |
| Continuing Care | 55,091,691 | 6,136,044 | 822,109 | 542,858 | 266,378 | 1,116,343 | 63,975,423 |
| Private Nursing Home Subsidies | - | - | 20,926,847 | - | - | - | 20,926,847 |
| Public and Dental Health | 8,602,128 | 341,617 | 388,276 | 19,593 | 654,294 | 29,823 | 10,035,731 |
| Provincial Pharmacare Programs | 1,196,626 | 63,481 | 28,523,627 | 2,038 | 1,255,679 | - | 31,041,451 |
| Home Care and Support | 13,623,165 | 397,162 | 804,255 | 34,455 | 219,315 | 52,797 | 15,131,149 |
| Provincial Laboratory and Diagnostic Imaging | 17,818,344 | 10,351,928 | 377,768 | 182,404 | 888,405 | 7,257 | 29,626,106 |
| Provincial Hospital Pharmacies | 5,230,148 | 22,957 | 61,902 | 4,302 | - | 20,186 | 5,339,495 |
| Emergency Health Services | 322,568 | 9,577 | 12,740,008 | - | 1,535,952 | - | 14,608,105 |
| Corporate and Support Services | 14,537,365 | 2,109,484 | 3,224,936 | 1,092,274 | 653,387 | 13,374 | 21,630,820 |
| Medical Programs - In Province | 98,476,515 | 88,700 | 3,595,069 | 3,685 | 6,443,059 | 46 | 108,607,074 |
| Medical Programs - Out of Province | 426,496 | 1,571 | 93,285 | 607 | 45,482,299 | - | 46,004,258 |
| Primary Care | 10,012,086 | 453,389 | 676,058 | 34,208 | 626,864 | 172,389 | 11,974,994 |
| | 390,888,810 | 62,011,702 | 76,193,383 | 7,531,585 | 60,665,636 | 3,508,126 | 600,799,242 |

*Sundry expenses are defined by the Management Information System Standards of the Canadian Institute for Health Information and consists of expenses that cannot be otherwise classified as Compensation, Supplies, Equipment, Contracted Out Services, or Buildings and Grounds. Sundry expenses includes operating grants to non government organizations, public drug program subsidies, and grants established under union collective agreements.

Santé Î.-P.-É.
Un système de santé unique

**Par téléphone :**
902-368-6130

**Par télécopieur :**
902-368-6136

**Par la poste :**
Santé Î.-P.-É.
16, rue Garfield
C.P. 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8

**Par courriel :**
*healthinput@gov.pe.ca*

**Site Web :**
www.healthpei.ca

# Santé Î.-P.-É.

## Un système de santé unique

15HPE10-43225